

11226 43
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CLINICA "ORIENTE"
ISSSTE

ACTIVIDADES Y EXPECTATIVAS PROFESIONALES
DE LOS EGRESADOS DE LA ESPECIALIDAD DE
MEDICINA GENERAL FAMILIAR DE LA CLINICA
"ORIENTE" DEL ISSSTE D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA EN
ESTUDIOS DE POSGRADO EN:
MEDICINA GENERAL FAMILIAR
QUE PRESENTA EL:
DR. JOSE ANTONIO GRANADOS PONCE
Médico Residente de Medicina Familiar



ISSSTE

MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE 1992



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE :

	Pags.
Agradecimientos	1
Introducción.....	2
Antecedentes.....	6
Planteamiento del Problema	13
Justificación	16
Objetivos	19
Metodología	20
Resultados	24
Análisis	28
Conclusiones	36
Bibliografía	38
Anexos	42
Gráficas	49
Tablas	63

INTRODUCCION :

El Presente estudio de Investigación social, tiene el propósito de indicar el desarrollo, la situación actual y las expectativas de los médicos familiares egresados de la Clínica -- "Oriente" del ISSSTE, desde la primera generación hasta la última saliente.

Nos ocuparemos desde antes de su aparición como especialidad, dejando claro que es necesario establecer que la argumentación, que justifica la existencia del Médico de Familia, no es aceptada universalmente, ya que con estructuras políticas y sociales distintas, así como intereses propios, se prefiere hablar del Médico de la comunidad, como el elemento básico en los Centros Primarios de Salud, aunque esto sea más por connotación política, ya que en la práctica hasta se utilizan estos términos como sinónimos.

También se discute desde la estructura de los Sistemas de Salud, la conveniencia de que la atención se enfoque a la familia y por razones de organización política se hable de población adscrita a un sistema sectorizado, pero esto podría ser cuestionable de acuerdo a las corrientes ideológicas, pues el Sistema de Medicina Familiar se basa en una sectorización y por un mecanismo de adscripción de familias de un mismo Médico (2) .

Tras muchos años de especialización y superespecialización se observa que no es la solución para atender las necesidades de salud de la mayoría de los habitantes, al contrario sólo ciertos grupos podfan tener acceso a estos servicios, contra-esto, se inicia de nuevo un fuerte desarrollo de la atención Médica Primaria, dando preferencia a la atención ambulatoria, sobre la hospitalización y en principio a la conservación de la salud y a la previsión de las enfermedades sobre la atención - episódica o en situaciones de crisis⁽²⁵⁾.

La situación de la Medicina General Familiar en México revis- te características propias, al no existir uniformidad en cuan- to al significado y ejercicio de la misma, existiendo cinco - caminos para en inicio profesional de la misma, tres de ellos se alcanzan previa la realización de la Residencia de Medici- na Familiar dentro de las grandes Instituciones de Salud del país, Secretaría de Salud, el IMSS, el ISSSTE, el programa de Medicina Familiar que ofrece la Universidad Autónoma de Nuevo León y en Instituciones Privadas por ejemplo el Hospital de - Jesús; además se debe de tener en cuenta otro camino, que no es el académico y consiste en el ejercicio de Medicina Gene- - ral al término de la carrera básica⁽²³⁾.

La especialidad médica que se adquiere bajo la modalidad de una residencia, ocurre primordialmente en los establecimien - tos que pertenecen a las instituciones de salud, en estas eta

pas de posgrado, las instituciones de salud se han responsabilizado del programa de desarrollo de los recursos humanos en las áreas de especialización.

El personal médico cumple sus actividades profesionales en diferentes áreas asignadas para cursar su especialidad con un enfoque bien estructurado.

Los progresos de la medicina preventiva coadyuvados por los servicios médicos de seguridad social y agregando las condiciones socioeconómicas de una población, han dado un enfoque colectivista y comunitario a la salud para atender grandes conglomerados de población en todas las etapas de salud y con alta prioridad en el orden preventivo⁽²²⁾.

A esto se agrega la declaración de Alma Ata sobre atención primaria a la salud el 12 de septiembre de 1978, indicando que la salud es un derecho fundamental en donde los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos. Además la atención primaria a la salud consiste en la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

Esto ha sido la determinación de la institucionalización de la práctica médica para ofrecer prestaciones integrales donde

Los Médicos de Familia, adquieren importancia como profesional esencial para extender la cobertura a toda la población y ofrecerle los servicios básicos de salud en centros primarios que constituyen un sistema regionalizado de servicios de salud integrales, además del amplio conocimiento científico, tecnológico y social que requiere, tendrá que estar preparado para desempeñar una función integral frente a cualquier problema de salud, enfermedad o invalidez y estar motivado como miembro y líder de un equipo de salud⁽²⁷⁾.

ANTECEDENTES :

A través de los tiempos, en la evolución de las sociedades del mundo, la unidad natural de la vida del hombre sigue siendo la familia y la atención familiar es la base para preservarla y perpetuarla.

La Medicina Familiar en la historia, se remonta a un buen número de siglos, desde aquellos tiempos en que el ejercicio de la medicina tenía relaciones inescrutables con la magia y la hechicería, en donde el brujo o el curandero daban este tipo de atención.

Se encuentran vestigios de especialización de la atención dentro de la cultura egipcia e incluso ya Heródoto nos reporta, como entre los grandes griegos se sistematizaba la labor del médico debido a que la medicina se practicaba con una dinámica diferente. En la época de los romanos recibían atención médica por parte de los esclavos griegos.

Posteriormente, en los tiempos medievales el bárbero y el alquimista compartían la responsabilidad de la atención.

También se tienen el conocimiento de órdenes religiosas que adquirían conocimientos empíricos, para atender los sufrimientos de los menesterosos y desvalidos.

Más recientemente, probablemente coincidiendo con el siglo que medió entre la Revolución Francesa y la Revolución Indus-

trial, apareció el concepto de Médico de Familia, que era el profesional de nivel universitario, con un adecuado conocimiento de las ciencias biológicas y psicológicas, revistiendo se de toda la pompa para el ejercicio de una profesión privilegiada y no sólo se hacía cargo de los problemas patológicos sino que también servía de consejero indisputable para resolver conflictos emocionales, educacionales, matrimoniales y hasta económicos de la familia, respetado y admirado por la sociedad, desarrollándose en el concepto de la relación médico-paciente como uno de los valores éticos de la profesión

Los cambios en el sistema de convivencia que trajo consigo la Revolución Industrial a fines del siglo XIX condujeron a cambios profundos en la práctica de la medicina, agregándose los descubrimientos científicos para el diagnóstico como el microscopio, los rayos X, el hallazgo de los microbios como causa de enfermedades y las vacunas como instrumentos para prevenir enfermedades, dieron inicio a una nueva visión en las actividades Médicas.

Todo este conjunto de circunstancias dejó como consecuencia un cambio trascendente en la tecnología médica, una complejidad inesperada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades asumiendo la responsabilidad de la atención médica en forma científica el Médico General. Esto continuó evolucionar

do y las exigencias de una enseñanza médica surgió la formación de especialistas en medicina a partir de 1889 en los Estados Unidos de América, donde tres médicos distinguidos, establecieron planes para integrar los aspectos más importantes de entrenamiento de postgrado que ellos mismos habían experimentado en Inglaterra.

Así William Osler inició la residencia en medicina, William Halsted la de cirugía y William Welch la de patología.

En 1910, salió a la luz pública el informe Flexner sobre la educación médica en Estados Unidos y en el Canadá, indicando que la educación médica, es el esfuerzo para preparar a los estudiantes en la técnica intelectual de la ciencia inductiva y no solo la mera adquisición de la información y el control de la técnica, es también la habituación del método y es la selección del conocimiento con referencia general aunque no uniforme a los objetivos del adiestramiento profesional⁽⁶⁾⁽³¹⁾.

En México, el Hospital General de México inaugurado en el año de 1905 fué cambiando su estructura funcional para enfatizar la atención por especialidades, dando lugar a pabellones específicos como fueron Urología, Gastroenterología, Cardiología entre otros; además médicos mexicanos realizaron estudios de postgrado en Estados Unidos y Europa e incorporándose al Hospital General de México para sentar las bases de las especialidades y para la residencia misma, que se inició formalmente

en el año de 1942, cuando el Hospital era dirigido por Aquilino Villanueva, siendo los primeros residentes mexicanos José Báez Villaseñor de Medicina Interna y Ramón del Cueto Decuir de Cirugía, consolidándose la especialización médica con la fundación en 1943 del Hospital Infantil de México, del Instituto Nacional de Cardiología en 1944 y del Hospital de Enfermedades de la Nutrición en 1946, éstos hospitales desde su inauguración introdujeron el sistema de residencias y formaron médicos especialistas con una escuela bien definida⁽³¹⁾.

En los años de 1940 en otros países se alcanzó un exceso de especialización, utilizando tecnología avanzada, poco accesible y muy costosa, sin ofrecer los beneficios a toda la población. En Gran Bretaña con cien años de tradición evolutiva en Medicina General pero con pocos estímulos para el desarrollo de una vida académica, se establece en 1952 el Colegio Real de Médicos Generales dándole la energía y la dinámica académica que requería esta profesión además de un status social de primer orden.

En Canadá acontecía algo similar y con tendencia a la desaparición del Médico General y hasta 1954 en que se funda el Colegio de Médicos Familiares dándole nueva fuerza y actualmente las escuelas de medicina, cuenta con estructuras académicas que le permiten enseñar la medicina familiar desde posgrado⁽²⁵⁾.

En Estados Unidos de América en 1947, se establece la Academia Americana de Medicina General y en Febrero de 1969 el American Association Council in Medical Education aprobó la nueva especialidad de Medicina Familiar, surgiendo en un momento de crisis médica, donde el enfermo debe esperar horas para recibir atención y los costos de las medicinas son altos, los doctores trabajan muchas horas y agobiados por papeles, a esto se agrega una carga de programas sanitarios que no proporcionan la atención para la cual fuerón ideados⁽⁶⁾.

El comité cree que la Medicina Familiar se forma para proporcionar atención sanitaria amplia, para regresar a la práctica médica más integral, donde el paciente no tuviera la necesidad de referirse a alguno de los especialistas o subespecialistas.

En nuestro país en 1943 se promulgó la Ley del Seguro Social y a partir del primero de enero de 1944 el Instituto Mexicano del Seguro Social, inició la prestación de servicios médicos. En los años cincuentas, se acentúa el desequilibrio financiero del seguro de enfermedades no profesionales, maternidad en el IMSS por lo que se efectúa una modificación del "Reglamento de Organización Interna del IMSS" en la parte correspondiente a la Subdirección Médica; de la fuerza que adquiere dicha subdirección deriva en la práctica, el cambio radical del sistema para el otorgamiento de las prestaciones médicas, se

gesta por así decirlo o en ciernes, la aplicación, de la Medicina Familiar en México. Esto con miras encaminadas a corregir las deficiencias e inconvenientes que entraña la organización actual de los servicios médicos proporcionados en los seguros de enfermedad-maternidad en lo relativo a los diversos tipos de atenciones médicas que se proporcionan en la consulta externa, visita domiciliaria, hospitalización y a la manera como cada médico general y especializado presta sus servicios, la administración implantó lo que denomina " Médico de Familia " utilizando este término, se obligó a pensar en un avance definitivo bajo una nueva modalidad; se concretan en diversos aspectos de la enseñanza en la estructuración del Manual del Sistema Médico Familiar y la incorporación de un elemento valioso que lo refuerza, el Jefe del Departamento Clínico Coordinador⁽⁵⁾. Así el 15 de Marzo de 1971, da comienzo en el IMSS el curso de especialización en Medicina Familiar definida como la disciplina académica que es adquirida y aplicada por el médico familiar, dirigida hacia un campo específico del conocimiento. Por otra parte en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, surge como tal el 1 de Enero de 1960 el antecedente mismo del instituto es a partir de 1 de Enero de 1925, con fundamento en la Ley de Pensiones Civiles de retiro , pero es hasta el 28 de Diciembre de 1959, cuando aprueba la ley que transforma la -

vieja dirección general de pensiones civiles y retiro con la Ley del ISSSTE. En 1977, se inicia una inquietud dentro de las autoridades del instituto al formar las brigadas de atención domiciliaria, en 1979 inicia sus trabajos la Clínica Dr. Ignacio Chávez y se toma como una unidad para llevar a cabo un programa de atención Médico Familiar a nivel de piloto y se inician los trabajos con adiestramiento de la forma de llevar o de realizar la prestación que el instituto tiene la obligación de dar a los trabajadores al servicio del Estado. En el mes de marzo de 1980 se reciben los primeros 30 alumnos de la residencia de medicina general familiar del curso de la especialidad ISSSTE-UNAM, se les adscribe a una población de 900 núcleos familiares a cada consultorio que dan entre 3,600 a 4,500 pacientes para cada uno. En la Clínica " Oriente " del ISSSTE, se implanta la residencia en Medicina General Familiar en Marzo de 1985 con un total de 22 Médicos residentes que inician su preparación en esta especialidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

El Médico Familiar tiene la responsabilidad de la atención médica primaria, continua e integral del individuo y su familia actúa como el medio de entrada para el paciente y su familia al sistema de atención médica, coordina la utilización de los recursos existentes de acuerdo a las necesidades de salud de la población a su cargo, practica la medicina independientemente de la edad, sexo o padecimiento que presenten sus pacientes, está encaminado al desarrollo de acciones de mantenimiento y promoción de la salud, prevención de las enfermedades, diagnóstico y tratamiento de padecimientos agudos y crónicos, rehabilitación y manejo posterior.

Además continúa con la responsabilidad y seguimiento de su población, aplica su juicio clínico y solicita interconsulta y refiere a sus pacientes a otros profesionales de la salud para investigaciones adicionales, instalación del tratamiento y evaluación de los resultados del mismo⁽²¹⁾⁽²²⁾

El Médico Familiar plantea y proporciona la atención sanitaria, además posee los conocimientos básicos en todas las áreas de la medicina y conserva estos conocimientos básicos actualizados mediante su empleo constante y su educación continua⁽¹⁴⁾

Es capaz de tratar en forma definitiva el 90% o más de los -

problemas de atención médica de primer contacto, está capacitado para manejar muchos problemas emocionales de sus pacientes, pues es sensible a la dinámica familiar tanto en la salud como en la enfermedad⁽²²⁾.

A diferencia de lo que sucede con otros tipos de especialistas cuyo perfil profesional es prácticamente igual en todo el mundo, la formación de Médico Familiar está condicionada a situaciones culturales, sociales o epidemiológicas de un país o de un lugar en particular, esto es, tiene características diferentes en diversos países, incluso puede ser diferente dentro de un mismo país, según sea la necesidad que de salud tenga la población en una zona determinada⁽²¹⁾.

Es así que encontramos en México un patología peculiar, la que asocia la patología de la pobreza con el desarrollo, en base a esta problemática, se ha considerado a la Medicina Familiar una alternativa para la solución de los problemas existentes en el nivel primario de atención⁽²³⁾.

Por otra parte, es interesante enfatizar, que en la ciencia los propósitos personales, específicos y generales bien claros y definidos se traducen en un desempeño óptimo y se refleja ante la sociedad, pero para esto, se necesita de medios adecuados que manifiesten bienestar, seguridad y desarrollo científicos, para la adquisición de soluciones eficientes.

Para la Medicina Familiar nada de esto es la excepción de sus

acciones, para que se reflejen en una sociedad como la nuestra, se tienen que dar las condiciones ya descritas.

Por lo tanto, investigar las condiciones en que se desempeñan los egresados y las expectativas que tienen, son elementos fundamentales, para que se cumplan las funciones por las cuales se estableció la especialidad.

Por lo anteriormente descrito, como problema de este estudio se plantea señalar la importancia de las actividades de los egresados de la especialidad de Medicina Familiar; si las funciones que efectúan trascienden en la comunidad donde están ubicados y si sus expectativas se cumplen para su desarrollo profesional.

JUSTIFICACION :

Dentro del Sistema de Salud, el Médico Familiar es una parte estratégica en la atención primaria de la salud, por otra parte, los egresados de los cursos universitarios de especialización ofrecen atención médica de alta calidad en un terreno no definido en el nivel funcional de asistencia médica y por el campo concreto que abarca, investiga los diferentes aspectos de los síndromes, entidades nosológicas y padecimientos en sus diferentes manifestaciones clínicas en lo relativo a su epidemiología, etiopatogenia, diagnóstico, tratamiento, prevención, rehabilitación de sus enfermos, contribuyendo a elevar la calidad de medicina que practica, imparte enseñanza de excelente calidad, como fruto de su experiencia, con actitud humanista y de franco respeto por la vida, se integra a los grupos interdisciplinarios de salud para lograr una mayor eficiencia en sus tareas médicas⁽¹⁶⁾.

El Médico Familiar tiene que dar no solo la atención del individuo sino a la comunidad entera, ya que la enfermedad no se da por sí sola y esta supeditada a las condiciones de la comunidad y la forma de vida, por lo que su campo de acción es amplio y va desde las áreas sociomédicas hasta las económicas productivas, buscando eliminar no solo las causas sino las consecuencias, también el 80% de las enfermedades que -

ocurren en nuestro país, las puede atender si cuenta con una buena preparación y conocimientos profundos que le permitan resolver los problemas de salud, que el mexicano está padeciendo.

El que el Médico Familiar resuelva la patología más frecuente es fundamental, ya que de aquí se deriva la patología mayor - que tarde o temprano llega al segundo o hasta el tercer nivel de atención; este especialista es una demanda de la sociedad, de la población y de la gente⁽²⁵⁾.

También se debe insistir en su rol clínico; debe ser un extraordinario clínico con perspectiva diferente, con actitud diferente ante los problemas que se le presentan de salud y - en el arte de conducir la relación médico-paciente.

En algunas instituciones, las funciones que el Médico Familiar desempeña son primariamente asistenciales, con un gran énfasis en las actividades preventivas, además efectúa actividades prioritarias como programas de planificación, de medicina preventiva, orientación y control del niño sano.

Por lo tanto es esencial conocer las actividades profesionales que cumplen y es de gran importancia por estar incorporados al sistema de atención de salud de nuestra población.

Por otra parte, la Medicina Familiar en nuestro medio no cuenta con el prestigio, con el status y se compara con una medicina de pobre calidad, otorgada a grupos de pauperados y sien-

do la base fundamental de atención en salud, es además un individuo que pertenece a una sociedad que por lo tanto debe tener un nivel de vida, que por lo menos cumpla el catálogo inicial aceptable internacionalmente de los doce satisfactores - indicados , por todo lo anteriormente descrito, es importante destacar las expectativas que los egresados tienen de la especialidad.

O B J E T I V O S :**Objetivo General :**

Analizar en que condiciones profesionales están -
los exresidentes egresados de la especialidad en -
Medicina General Familiar efectuada en la Clínica
"Oriente" del ISSSTE.

Objetivos Especificos :

- 1.- Determinar si conocieron el programa curricular de -
la especialidad.
- 2.- Investigar si aplican los conocimientos adquiridos -
en el área asistencial, donde desempeña sus activi
dades.
- 3.- Identificar si cumplen actividades inherentes a la -
promoción de la salud, protección específica, tra-
tamiento y rehabilitación en donde laboran.
- 4.- Identificar si realizan actividades de las diferen -
tes áreas específicas que contempla su campo de -
acción.
- 5.- Establecer si las actividades profesionales que hacen
son trascendentes para ellos, para sus familias y
para la sociedad.
- 6.- Señalar si su situación profesional actual cumple -
con las expectativas que tiene de su especialidad.

METODOLOGIA :

Se efectuó un estudio prospectivo, transversal, descriptivo - observacional, durante el período comprendido entre los meses de Marzo a Noviembre de 1991.

Aplicandose a 40 médicos egresados de la especialidad de Medicina General Familiar de la Clínica Oriente, desde la primera generación, hasta la última saliente en Febrero de 1991.

Los egresados con los que se trabajó se obtuvieron mediante la consulta del directorio de alumnos, que se encuentra en los archivos de la Clínica Oriente.

Su localización se logró por medio de correspondencia, por vía telefónica, visitándolos en sus domicilios o en sus unidades de trabajo.

Los criterios para la selección de los egresados fueron los siguientes :

A) Criterios de inclusión :

- Ser exresidentes de la Especialidad de Medicina General Familiar.
- Haber egresado de la Clínica "Oriente".
- Que deseen participar en la investigación.
- Que su localización sea factible.

B) Criterios de exclusión :

- Ser egresados de otras unidades de la especialidad de Medicina General Familiar.
- Que no se localicen por los diferentes medios de comunicación que sean utilizados.

C) Criterios eliminación :

- Que no sea entregada la encuesta que les sea otorgada para la recolección de la información.
- Que no llenen en forma correcta el cuestionario que se les aplique.

El cuestionario esta dividido en 6 partes que son :

- Conocimiento del programa de la especialidad. (Preguntas de la # 1 a la # 5).
- Aplicación de conocimientos del Médico Familiar a nivel asistencial. (Preguntas de la # 6 a la # 10)
- Actividades en los niveles de prevención por el Médico Familiar. (Preguntas de la # 11 a la # 15).
- Actividades del Médico Familiar en las áreas específicas de su campo de acción. (Preguntas de la # 16 a la # 20).
- Trascendencia de las actividades del Médico Familiar para él, su familia y la sociedad.

(Preguntas de la # 21 a la # 25).

- Expectativas actuales de los Médicos Familiares (Preguntas de la # 26 a la # 30).

Que representan los 6 objetivos del estudio, cada una de estas partes consta de 5 preguntas ya enumeradas y con 4 posibles respuestas para cada una de ellas que son :

- TOTALMENTE.
- EN SU MAYORIA.
- CON DEFICIENCIA.
- EN FORMA NULA.

Para cuestiones estadísticas, cada parte dividida del cuestionario tiene 200 posibilidades de respuestas.

Unicamente para los fines de esta investigación, se le da un valor unitario a cada una de las respuestas, debido a la importancia concerniente a cada una de ellas.

La pregunta # 28 está elaborada para su respuesta en sentido-inverso pero no modifica su puntuación con respecto a todas las demás.

Las preguntas número 5, 8, 23, 27 y 30, nos ofrecen información adicional acerca de diferentes aspectos relativos a su profesión no contempladas en los 6 puntos anteriores.

Al finalizar el recuento se dieron valores positivos a los incisos :

- TOTALMENTE.
- EN SU MAYORIA.

Y se dieron valores negativos a :

- CON DEFICIENCIA.

- EN FORMA NULA.

RESULTADOS :

Se estudiaron a 40 egresados de un total de 67, de los cuales 37, contestaron en forma completa los reactivos, 2 egresados se les entregó el estudio, el cual no fué devuelto, un egresado se le entrevistó y aceptó colaborar en el estudio pero no se le aplicó, por lo que se excluyeron de la investigación. De la aplicación de la cédula de encuesta se evidenció lo siguiente ;

De las respuestas al conocimiento del programa correspondieron a totalmente: 29, en su mayoría 96, con deficiencia 54 y 6 en forma nula (Gráfica 1) lo cual nos da 125 respuestas afirmativas con un 67.57% y 60 negativas para un 32.43% (Tabla 1) En el área que investiga la aplicación de los conocimientos del Médico Familiar a nivel asistencial respondieron de la siguiente manera ; totalmente 31, en su mayoría 104, con deficiencia 39 y en forma nula 11 (Gráfica 2), siendo 135 respuestas afirmativas para un 72.98% y negativas 50 para un 27.02% (Tabla 2).

En las actividades de los niveles de prevención por el Médico Familiar 33 respondieron totalmente, 114 en su mayoría, 33 -- con deficiencia y 5 en forma nula (Gráfica 3), afirmativamente tenemos 147 respuestas con un 79.46% y negativas 38 con un 20.54% (Tabla 3).

A las actividades del Médico Familiar en las áreas específicas de su campo de acción, se obtuvo respuestas a totalmente 10, en su mayoría 76, con deficiencia 75 y 24 en forma nula (Gráfica 4), con afirmaciones en número de 86 para el 46.49% y en forma negativa un 53.51%. (Tabla 4).

En lo referente al área de la trascendencia de las actividades del Médico Familiar para él, su familia y la sociedad 22 respondieron que si trascienden totalmente, 74 en su mayoría, 75 con deficiencia y 14 en forma nula (Gráfica 5), se alcanzó para las respuestas afirmativas un número de 96 con un 51.89% y negativamente 89 para un 48.11% (Tabla 5).

En las expectativas actuales de los Médicos Familiares, se obtuvieron 38 respuestas en el rubro de totalmente, en su mayoría 68, con deficiencia 67 y 12 indicaron que tienen expectativas en forma nula (Gráfica 6), por lo que se obtienen -- afirmaciones en 106 egresados con un 57.30% y negativas en 79 para un 42,70% que se aprecia en la (Tabla 6).

Una representación general de las respuestas obtenidas en el cuestionario aplicado señala una desición a contestar a totalmente en 163 preguntas con un 13.58% en su mayoría 532 para un 43.3%, con deficiencia respondieron 343 para un 28.5% y 72 en forma nula para un 6%, además se obtuvo un 9% que corresponde a una falta de respuestas debido a los egresados excluidos, (Gráfica 7).

En relación con las respuestas adicionales se recopilaron los siguientes resultados :

A la progresión de las expectativas profesionales que investigó la pregunta 5, contestaron que se cumplen totalmente 17, - 16 en su mayoría, 4 con deficiencia y no hubo respuestas en forma nula, como se aprecia en la (Gráfica 8), teniendo 33 - respuestas positivas con un 89.19% y negativas 4 para un -- 10.81% (Tabla 7).

En las actividades de alta calidad que ofrece el Médico Familiar (pregunta 8), uno la ofrece totalmente 11 en su mayoría, 21 con deficiencia y 4 en forma nula (Gráfica 9), con 12 respuestas positivas de los egresados para un 32.43% y negativas 25 para un 67.57% (Tabla 8).

Al determinar como la sociedad ve al Médico Familiar como especialista (pregunta 23), los egresados respondieron que nadie los ve totalmente, 11 en su mayoría, 18 con deficiencia - y 8 en forma nula (Gráfica 10), las respuestas positivas fueron 11 para un 29.73% y con respuestas negativas 26 para un - 70.27% (Tabla 9).

En la remuneración económica que percibe el Médico Familiar - (pregunta 27), es adecuada en forma total para un egresado, 6 en su mayoría, con deficiencia 19 y 11 en forma nula como se aprecia en la (Gráfica 11), con 7 respuestas positivas dando un 18.12% y negativamente 30 con un 81.08% (Tabla 10).

En cuanto a si consideran necesaria la revisión del programa de la especialidad (pregunta 30), se obtuvieron 18 respuestas a totalmente, 17 en su mayoría, 2 con deficiencia es decir en forma mínima y nadie opinó que no se revisara o sea en forma nula (Gráfica 12), teniendo respuestas positivas en 35 egresados para un 94.59% y en forma negativa 2 para un 5.41% (Tabla 11).

Finalmente, las insituciones donde laboran los Médicos Familiares participantes, de los 37 entrevistados, 22 laboran en el ISSSTE, 11 en el IMSS, 2 en la SS, uno en el DDF y uno en forma privada, como centros laborales principales (Gráfica 13). Algunos egresados laboran en una segunda fuente de trabajo - 4 en forma privada, en el IMSS 7, en el ISSSTE 13, en la SS ninguno, en el DDF uno, (Gráfica 14), que totalizan en número 22 con un 59.46% y con una fuente de trabajo 15 con un 40.54%, que están incluidos en la descripción anterior.

ANALISIS :

La Medicina Familiar debe proporcionar sostén amplio y continuo de la salud para el paciente en todos sus aspectos, si queremos que se satisfagan estas necesidades de manera adecuada, tanto para el paciente como para el Médico, habrá que pensar más allá de la entidad patológica, de afectos, de emociones, así como de las esperanzas de la familia y de la comunidad, que afectan a la salud y a la enfermedad; todo esto debe ser parte de las preocupaciones del Médico Familiar. Debe reconocer las esperanzas socioculturales que establecen de manera sistemática, la conducta tanto del paciente como del propio Médico⁽²⁾.

Como especialidad la Medicina Familiar tiene un grupo de conocimientos que difiere totalmente del resto de las especialidades, es una disciplina horizontal que tiende a integrar los conceptos de otras áreas, las variaciones que pueden ocurrir en cuanto la extensión y limitaciones de la Medicina Familiar dependen más que de ella misma, de las características, demográficas de la población, de la organización de la atención médica y de componentes sociales, económicos, culturales y políticos de la comunidad en cuestión⁽²⁰⁾.

Analizando los resultados obtenidos del estudio de los 37 entrevistados, el 67.57% conocieron el programa curricular, que

indican que de cada 10 encuestados 7 llevaron a cabo el programa curricular de la especialidad, llama la atención que el 32.43% no fue afirmativa su respuesta, pero no se puede valorar un desconocimiento del programa y por sus respuestas no se establece, si los egresados tenían en mente elegir a la Medicina Familiar como especialidad con un conocimiento previo del programa; para confirmar estas condiciones es necesario efectuar investigaciones que específicamente estudien estas variables.

Aunque el porcentaje de afirmaciones obtenidas no es determinante es favorable y señala que las actividades que efectúan los Médicos Familiares están sustentadas por un conocimiento del programa académico.

Esto nos hace enfatizar sobre los cursos de especialización del área médica, que tienen por objeto preparar especialistas orientandolos a la búsqueda de conocimientos útiles para la solución de los problemas del quehacer diario⁽¹⁹⁾.

Los egresados de dichos cursos se desempeñan en actividades médico asistenciales, de enseñanza e investigación y el éxito de estos programas queda delimitado en su aplicación, por las condiciones propias de organización de las sedes, los profesores y por los antecedentes y condiciones de ingreso de sus alumnos⁽¹⁶⁾.

En los resultados de la aplicación de los conocimientos del

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

médico familiar a nivel asistencial, se obtuvo en forma afirmativa un 72.98% y en forma negativa un 27.02% con lo que se infiere, que se cumplen en forma considerable, la aplicación de los conocimientos adquiridos en la especialidad ya que es el conducto por el cual se hace llegar con responsabilidad la atención médica, con humanismo y respeto a la vida de los pacientes; estudia los casos clínicos de cada uno de ellos y de sus familias, procurando solucionarlos de primera intención - la problemática que tengan agregandose el de tener un adecuado control sobre la morbilidad de la población a su cargo en una comunidad determinada⁽³⁰⁾.

Los resultados alcanzados en las actividades de los niveles - de prevención por el Médico Familiar muestran cerca de un 80% de afirmaciones contra un 20% de respuestas negativas, que -- nos marcan una tendencia en favor de la aplicación de las -- acciones preventivas del Médico Familiar, ya que es una de -- las actividades que efectúa para el beneficio y mejoramiento de las condiciones de salud de una población.

Se obtuvo un porcentaje negativo de 53.51% para la realiza -- ción de las actividades del Médico Familiar en las áreas espe -- cíficas de su campos de acción lo que significa que en un 50% de los sujetos no se aprovecha su capacitación en las diferen -- tes áreas de asistencia, administrativa, de enseñanza e inves -- tigación y que están contempladas como funciones comprendidas

en la formación de los especialistas (21).

No se puede establecer en este estudio, las causas por las que los egresados tienen acceso en forma parcial a los diferentes campos de acción concernientes a sus funciones, para esto se necesitarán estudios dirigidos hacia este aspecto.

Los resultados logrados en el área de la trascendencia de las actividades del Médico Familiar para él, su familia y la sociedad tuvieron un porcentaje casi similar, de 51.89% afirmativo y un 48.11 negativo, por lo que cabe reflexionar que las actividades de la especialidad no alcanzan la trascendencia que se espera de ella como práctica médica, ya que las actividades que efectúa el Médico Familiar se encuentran orientadas a atacar problemas de salud de la población, que son frecuentes, que requieren una tecnología simple y con la participación activa de la comunidad y que por sus características en el corto plazo permitan ampliar la cobertura actual⁽¹⁴⁾.

Además de que la salud es una necesidad social, está íntimamente relacionada con la productividad y el desarrollo de un país, sin embargo en forma individual no se refleja en el especialista, ni en su familia y la sociedad recibe los beneficios deficientemente.

Los resultados conseguidos en el área de las expectativas actuales del Médico Familiar para las afirmaciones son un 57.3% y en forma negativa un 42.70% que nos establece que las expec

tativas profesionales se encuentran ligeramente con tendencia favorable, pero la situación actual de la práctica médica es expresión de un desgaste paulatino que a su vez traduce el - grave deterioro de la vida social en su conjunto⁽²⁸⁾.

A pesar de los avances de las especializaciones, estas tienen consecuencias e implicaciones diferentes de acuerdo al grado de industrialización de los países ; en el nuestro, la pretendida solución para la atención a la salud ha dificultado el - logro de estrategias de atención a la población marginada y - empieza a contribuir al subempleo y desempleo médicos⁽²²⁾.

Los resultados encontrados en forma general en la cédula de - encuesta aplicada, revela una tendencia dividida, ligeramente a favor de totalmente y en su mayoría con un 56.88% en comparación a con deficiencia y en forma nula de un 34.5% marcando que los objetivos investigados son ligeramente propicios para las actividades y expectativas de los egresados investigados, sin ser estos parámetros fidedignos como se aprecia al haber-analizado los objetivos del estudio.

Los resultados obtenidos en la pregunta de la progresión de - las expectativas profesionales revela que hay un 90% que son favorables, lo que expresa un gran optimismo por lograr un lugar en la jerarquía científica, esto puede ser difícil de - apreciar mientras no se tengan otros parámetros comparativos- a través de los cuales se observen el desarrollo profesional- de los egresados.

Se estableció un 67.57% negativo a las actividades de alta calidad que ofrece el Médico Familiar, por un 32.43% que fueron afirmativas, esto refleja situaciones que obstaculizan las actividades para una buena calidad de la práctica médica.

Se determina que la situación actual de nuestro país en condición de dominado dentro del contexto internacional, influye - para que se de este problema, aunado al intervencionismo estatal cuyo fortalecimiento ha burocratizado las actividades médicas (1).

Los resultados a la pregunta de como la sociedad ve al Médico Familiar, un 70% contestó, que no es visto como especialista-estó tiene varias connotaciones, desde que la Medicina Familiar se sustente con planes de estudio no bien identificados y establecidos, dadas las características de su extenso campo de acción, variable y que se van ajustando a las necesidades de cada región, hasta su uso común como alternativa a la solución de los problemas de salud, los diferentes planes de estudio que existen con escasa uniformidad en cada uno de ellos y por otro lado, la falta de difusión a la sociedad del conocimiento y la importancia de las funciones que efectúa el Médico Familiar, se agrega a que estas funciones tengan fines concretos, sin obstaculizaciones y que no se realicen en forma aislada.

En la remuneración económica que percibe el Médico Familiar -

los resultados indican que un 80% no perciben una buena remuneración económica, por lo que es considerable mencionar que el empleo permanente y bien remunerado es un factor clave en la situación General de Salud, ya que conlleva a la mejoría en los niveles de alimentación y vivienda así como una disposición de los servicios, agua, drenaje, además de contar con recursos para su desarrollo⁽¹⁵⁾.

En el último resultado obtenido, que es la revisión del programa académico, el 94.59% respondió afirmativamente.

Esto indica el sentir de una necesidad casi completa de una actualización de los programas; las necesidades de asistencia cada vez mayores, determinan la creación de sedes o subsedes que no cuentan con la infraestructura para llevar a cabo en forma adecuada una especialidad y se eligen profesores más que por su capacidad docente o de investigación, por "necesidades del servicio", con planes de estudio no supervisados lo que acrecenta el retraso en el desarrollo académico y por otro lado la deshumanización de la medicina, en un sistema como el descrito, difícilmente se darán pautas para el crecimiento de un proceso de investigación y enseñanza óptimas, con el consiguiente desequilibrio claramente en favor de la atención que llega a grados extremos y termina por considerar al residente o al alumno, básicamente como una fuerza de trabajo.

Como corolario, las instituciones donde laboran los Médicos-Familiares un 59.46% cuentan con una fuente de trabajo y la mayoría es absorbida por el ISSSTE y en 2 instituciones laboran el 40.54%, lo que nos indica que los mismos egresados tienen que efectuar sus actividades tanto en una como en otra institución, a pesar de haber concluido una especialidad, lo interesante es analizar porqué se presenta este fenómeno tan radical; por lo que debido a la escasez de recursos, tienen que laborar en más de una institución para solventar sus necesidades y por consiguiente esto repercute en detrimento de la calidad de la práctica médica.

CONCLUSIONES :

- 1.- Los egresados si conocieron el programa académico por lo que podemos inferir, que esto influye en forma importante en sus actividades profesionales.
- 2.- Si aplican los conocimientos adquiridos en las actividades asistenciales que llevan a efecto, hasta en un 70% y esto repercute en un beneficio para el paciente.
- 3.- En un 80% efectúan actividades en los distintos niveles de atención, aunque no se determina en que nivel desarrolla más actividades ni tampoco la calidad de las funciones que desempeña en estos niveles.
- 4.- Los egresados no están laborando en las diferentes áreas en las que están capacitados, ya sean administrativas, de asistencia, de enseñanza o de investigación a pesar de tener capacitación para ello.
- 5.- No son trascendentes las actividades que realiza el Médico Familiar, esto nos indica que a pesar de su extenso campo de acción, no se concretizan las actividades que realiza el especialista.
- 6.- Las expectativas profesionales que ellos tienen son favorables, aunque se debe hacer mención, que se necesita con juntar una serie de implicaciones en otros estudios más detallados.
- 7.- En un 70% no se efectúan actividades de alta calidad por

parte del especialista, es conveniente aclarar en otras investigaciones más precisas, el porqué no se logra este propósito.

- 8.- Los egresados consideran en un 70%, que no son vistos como especialistas, aquí debemos hacer énfasis, que añadiendo a lo analizado, el propio Médico Familiar tiene una labor importante a este respecto.
- 9.- El Médico Familiar no percibe una remuneración satisfactoria, lo que nos hace concluir, que va en detrimento a su condición humana a satisfacer sus necesidades de supe- ración y en la calidad de la práctica Médica que ofrece.
- 10.- En forma total se requiere la revisión del programa académico, una labor nada fácil pero muy importante por los avances constantes de la actividad profesional médica.

COMENTARIO :

Acordes con la investigación efectuada, se necesita un cambio desde los inicios de la carrera de Medicina, para formar con eficacia y convicción a los futuros especialistas en medicina familiar; que esta no sea vista como una simple "alternativa", como conveniencia para "cubrir" metas, que no se utilicé para "necesidades con los re- cursos que hayan"; que sea lo que es, una especialidad con enfoque a la atención primaria del individuo y su familia y que tenga objetivos claros y bien definidos para su desarrollo.

Creó que ésta investigación abrirá nuevas inquietudes para efectuar estudios futuros de mejor calidad para bien de la especialidad. Las deficiencias de tipo técnico y de tiempo, en el presente estudio debo reconocer son errores míos y de nadie más.

BIBLIOGRAFIA :

- 1.- Arechiga Hugo, De la Fuente Ramón, Alarcón Segovia Donato. La Investigación Médica en México. Gaceta Médica de México, Vol. 126 No. 4 Pags 265-274 1990.
- 2.- Bravo Leonrado Alfredo. El Medico de Familia, su importancia en los servicios de salud integral. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana Junio, pags. 469 476 1974.
- 3.- Boling PA; Retchin SM; Ellis J. The influence of physician specialty on housecalls. Arch Internal Medicine Vol 150, Num. 11, pags 2333-7, 1990.
- 4.- Cano Valle Fernando, Medicina Familiar, Psicología Médica y Psiquiatría, Rev. de la Facultad de Medicina Vol XVII año 27, No. 10 pagas 458-461, 1984.
- 5.- Cárdenas de la Peña Enrique, Historia de la Medicina Familiar, IMSS pagas 65-278, 1974.
- 6.- Conn F Howard, Rakel E. Robert. Medicina Familiar, teoría y práctica pags. 1-57 1974.
- 7.- Declaración de Edimburgo, Rev. de la Fac. de Med. Vol 32 No. 4, Julio-Agosto, pags. 127-128, 1989.
- 8.- Díaz Jouanen Efraín y cols Las especialidades Médicas, - Gaceta Médica de México, Vol 126 No. 1 Ene-Feb, pags. 25-34 1990.
- 9.- Félix Grijalva Ricardo y cols., Guía para la elaboración

- del protocolo de investigación, Revista Médica de la Salle No. 3-4, pags 61-69, Diciembre, 1987.
- 10.- Félix Gruber, Prestación en la atención Médica Primaria por equipo de personal de salud, principios básicos, Bol. Oficina Panamericana de Salud, Vol. 90, No. 4, 1974.
 - 11.- Flesthein UV, Family Phisicians : Problems and realites - Klin. Med. Mosk. Vol. 68, No. 7, Julio, pags 114-8 1990.
 - 12.- Herbert P. Carol MD. Health Promotion: What is the role of Family Phisicians, Vol. 21, No. 1 pags 10-18, Jan 1989.
 - 13.- Hitchcock Maurice A. and cols. Factors Influencing students selections of Family Practice Residency Programs in Texas, Family Medicine, Vol. 21, No. 2, March-Abril pags-122-126, 1989.
 - 14.- Jaime Alarid Humberto, Irigoyen Coria Arnulfo, Fundamentos de Medicina Familiar, 2a edición 1984.
 - 15.- López Rosado Diego G., Problemas económicos de México - editorial UNAM., pags. 339-355 1984.
 - 16.- Luna Barradas Fidela y Larios Palmeros Oscar. la formación del Médico especialista en la Fac. de Medicina UNAM. Gaceta Médica de México Vol. 126 No. 5 pags 455-462. Sept Oct 1990.
 - 17.- Méndez Ramírez Ignacio, Namihira Guerrero Delia y cols. El protocolo de investigación, editorial trillas 2 edición - Julio, pags 33-85 1990.

- 18.- Menocal Nina, México Visión de los Ochentas editorial Día na México, pags 245-253, 1981.
- 19.- Mc Gaghie Williams Ph. D. Educational Research in Family-Medicine Vol. 1, Pags 15-16 Jan-Feb 1989.
- 20.- Programa del Curso de especialización en Medicina Familiar IMSS, Subdirección General Médica pags 1-28, 1988.
- 21.- Programa Académico, Curso de especialización en Medicina - Familiar, Depto. de Medicina Familiar UNAM. pags 1-57 1988
- 22.- Programa Nacional de Salud 1984-1988, Poder Ejecutivo Federal pags. 18-257, 1985.
- 23.- Ponce de León María Eugenia. La unidad de educación continúa para el Médico General Familiar Revista de Facultad - de Medicina Vo. 23 año 2 No. 12 pags 22-27 1980.
- 24.- Rojas Soriano Raúl, Guía para realizar Investigaciones Sociales UNAM pags.39-81, 1985.
- 25.- Rev. de la Facultad de Medicina, Mesa Redonda de Medicina-General Familiar Parte 1, Vol. 24 año 24, No.3, 1981.
- 26.- Santa Cruz Javier, Presente y Futuro de la Medicina Familiar, Revista Médica del IMSS (Mex) Vol 26 No.1 pags 1-2 - Ene-Feb 1988.
- 27.- Santaella Balfred, Sistema de Atención Médica General Familiar del ISSSTE, Rev. de la Fac de Medicina VOL. 23, año-23 No. 5, pags 14--18 1980.
- 28.- Solís Leopoldo M Selecciones de. La economía Mexicana, Ana

lisis de sectores y distribución ,Ediciones Olimpia,FCE,-
Marzo, pags 346-350 1986.

- 29.- Sousa y Machorro Mario, La relación Medico Paciente, esencia de la profesión Médica, Rev. de la Fac. de Medicina - Vol 28. Pags. 141-145,1985.
- 30.- Viniegra Velásquez Leonardo, Los problemas de la educación permanente en la Medicina, Rev. de la Facultad de Medicina Vol. 32, No. 5, Sept-Oct, pags. 246-249, 1989.
- 31.- Varela Rueda E, Carlos, Consideraciones Históricas acerca de las residencias Médicas,Revista Médica del IMSS, Vol, - No. 1, pags 3-7, 1988.
- 32.- Varela Rueda E. Carlos, Los profesores de los cursos de especialización en Medicina, Revista Médica (IMSS) Vol. 26 - No. 2 pags 1-4 1988.

CARTA DE ACEPTACION PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACION

A QUIEN CORRESPONDA :

YO _____ declaro libre y voluntariamente, que acepto participar en el estudio ACTIVIDADES Y EXPECTATIVAS PROFESIONALES DE LOS EGRESADOS DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA GENERAL FAMILIAR, EFECTUADA EN LA CLINICA "ORIENTE" DEL ISSSTE D. F. que se realizará en la institución CLINICA "ORIENTE" DEL ISSSTE cuyos objetivos consisten en: investigar si conocen y llevarán a cabo el programa curricular de la especialidad, si aplican los conocimientos adquiridos, si efectúan actividades de acuerdo a los niveles de prevención, detectar si realizan actividades de asistencia, administrativas, de docencia o de investigación, si estas actividades son trascendentes y si su situación actual cumple las expectativas que se formaron de la especialidad.

Estoy consciente de que los procedimientos, pruebas para lograr los objetivos mencionados consistirán en LA APLICACION DE UN CUESTIONARIO y que los riesgos a mi persona serán MINIMOS.

Entendiendo que del presente se derivan los siguientes beneficios: EVALUAR SI LOS EGRESADOS LABORAN Y APLICAN LOS CONOCIMIENTOS ADQUIRIDOS, QUE SU ACTIVIDAD TRASCIENDA EN LA COMUNI-

DAD DONDE LABORAN, QUE LOS MEDICOS FAMILIARES SEAN RECONOCI -
DOS COMO ESPECIALISTAS Y OCUPEN EN EL CAMPO DE SALUD DE NUES -
TRO PAIS EL LUGAR QUE MERESEN.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la pre -
sente investigación en el momento que yo así lo desee, además
de poder solicitar información adicional acerca de los ries -
gos y beneficios de mi participación en este estudio.

NOMBRE : _____

CARGO : _____

DIRECCION : _____

FECHA : _____ FIRMA : _____

C U E S T I O N A R I O

Instrucciones : Subraye la respuesta correcta que Ud. considere adecuada de acuerdo a su criterio.

- 1.- Antes de cursar la residencia en Medicina Familiar, sabía en que consistía la especialidad?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

- 2.- En el adiestramiento de la especialidad, conoció el programa académico establecido?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

- 3.- Considera que el desarrollo del programa académico fué de acuerdo a las expectativas que Ud. esperaba?

TOTALMENTE	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

- 4.- Piensa que el programa académico está elaborado para satisfacer las necesidades de salud del país.

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

- 5.- Cuando finalizó la especialidad, pensó seguir progresando profesionalmente con amplias expectativas?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

6.- Al concluir la especialidad, sus expectativas de empleo -
le fueron factibles facilmente?

TOTALMENTE. CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA. EN FORMA NULA.

7.- Las actividades que efectua donde labora, son acordes a -
lo aprendido en la especialización de Medicina Familiar?

TOTALMENTE. CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA. EN FORMA NULA.

8.- Ofrece atención médica primaria de alta calidad, Integral
y continua al paciente y su familia?

TOTALMENTE. CON DEFICIENCIA
EN SU MAYORIA. EN FORMA NULA.

9.- Determina las probables causas de cada complejo nosológico-
co y distingue las de origen somático de aquellas de natu-
raleza más bien psicosocial?

TOTALMENTE. CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA. EN FORMA NULA.

10.-Identifica y usa los recursos de la familia, de la comuni-
dad para la adecuada solución de problemas de salud indi-
viduales y familiares?

TOTALMENTE. CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA. EN FORMA NULA.

11.-Elabora programas educativos para beneficio del paciente
de su familia y de la comunidad donde labora?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

- 12.- Plantea y participa en campañas de prevención de enfermedades en la comunidad donde labora?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

- 13.- Diseña esquemas terapéuticos que previenen las lesiones y la aparición de las limitaciones funcionales, para solucionar los problemas de salud del paciente y de su familia.

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

- 14.- Evalúa la evolución del proceso de rehabilitación para asegurar que el paciente regrese a sus actividades en la forma más completa y temprana posible?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

- 15.- Reconoce sus limitaciones, solicitando interconsultas o refiriendo los casos que ameriten una atención médica más profunda?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

- 16.- El sistema de atención de salud, da las condiciones idóneas para que el Médico Familiar haga actividades asis -

tenciales de alta calidad?

TOTALMENTE	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

17.- Desempeña funciones de dirección en actividades inherentes a la atención médica integral y continua?

TOTALMENTE	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

18.- Aplica programas educacionales, dirigidos a su propio desarrollo, a las familias y a la población?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

19.- En la comunidad donde ejerce como Médico Familiar es posible efectuar investigaciones médicas?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

20.- Investiga científicamente los problemas de salud en su actividad profesional?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

21.- Ser Médico Familiar le da la oportunidad de progresar en los diferentes ámbitos de su vida?

TOTALMENTE	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

22.- Ejercer la especialidad de Medicina Familiar le ofrece -

darle un mejor nivel de vida a su familia?

TOTALMENTE	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

23.- La sociedad mexicana ve al Médico Familiar como especialista?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

24.- Socialmente, el Médico Familiar es aceptado como tal dentro de la comunidad donde labora?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

25.- En México, el Médico Familiar tiene un papel importante en sistema de atención de salud?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

26.- Las condiciones laborales en las que se desempeña como Médico Familiar satisfacen sus aspiraciones de superación profesional?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

27.- La remuneración económica que percibe, es adecuada y cubre sus necesidades básicas y de superación profesional?

TOTALMENTE.	CON DEFICIENCIA.
EN SU MAYORIA.	EN FORMA NULA.

28.- El Médico Familiar esta relegado por las características de su formación profesional ?

TOTALMENTE. CON DEFICIENCIA.

EN SU MAYORIA. EN FORMA NULA.

29.- El Médico Familiar debe ocupar una mayor jerarquía para aplicar sus conocimientos en el campo de la salud ?

TOTALMENTE. CON DEFICIENCIA.

EN SU MAYORIA. EN FORMA NULA.

30.- Desearía que se efectuara una revisión exhaustiva de los programas académicos de la especialidad ?

TOTALMENTE. CON DEFICIENCIA.

EN SU MAYORIA. EN FORMA NULA.

Marque con una X si esta ejerciendo profesionalmente en :

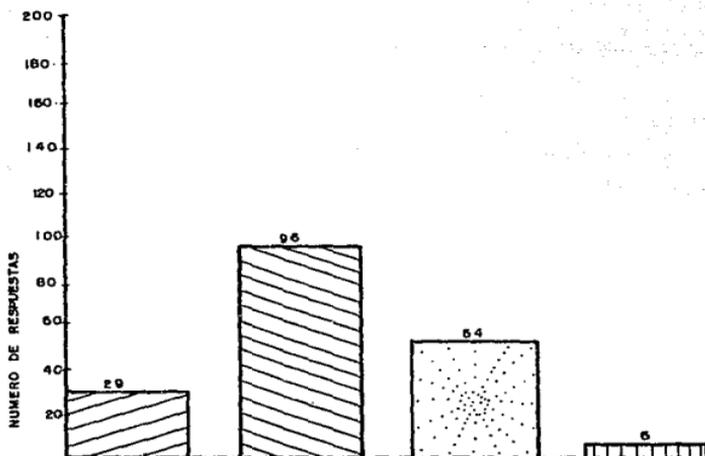
A) Sector público :
 IMSS () ISSSTE () SS () DDF ().

B) Sector privado : ().

C) Otra actividad : ().

GRAFICA No. 1

CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD

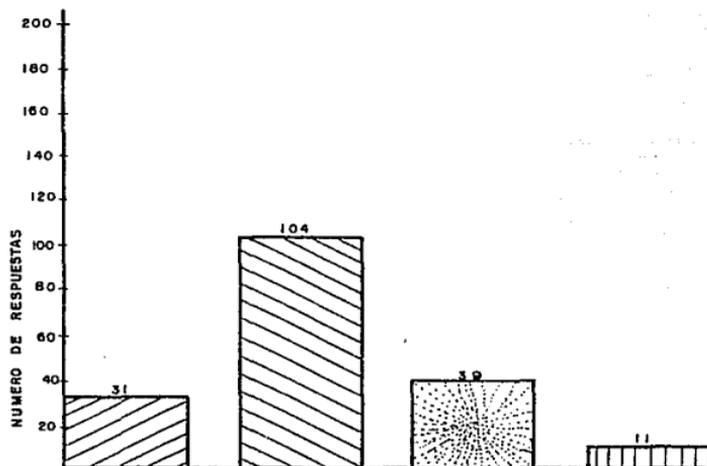


FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

 TOTALMENTE CON DEFICIENCIA EN SU MAYORIA EN FORMA NULA

GRAFICA N. 2

APLICACION DE CONOCIMIENTOS DEL MEDICO FAMILIAR A NIVEL ASISTENCIAL

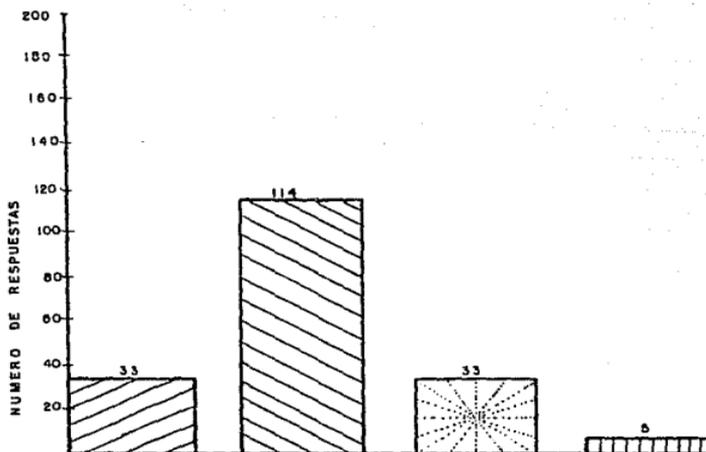


FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

 TOTALMENTE CON DEFICIENCIA EN SU MAYORIA EN FORMA NULA

GRAFICA N. 3

ACTIVIDADES EN LOS NIVELES DE PREVENCIÓN POR EL MEDICO FAMILIAR

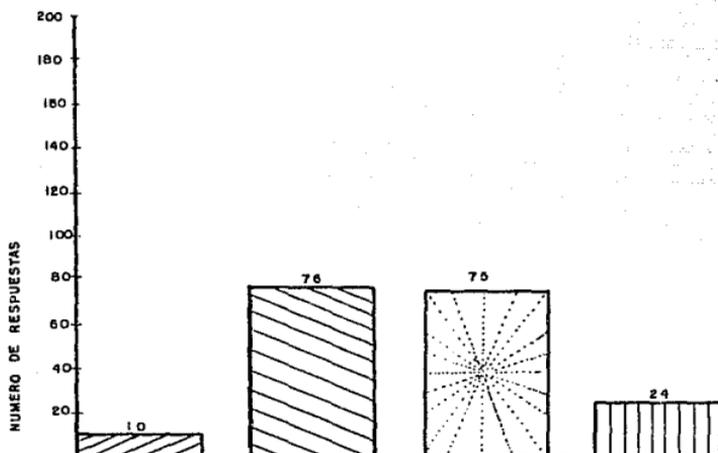


FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

 TOTALMENTE CON DEFICIENCIA EN SU MAYORIA EN FORMA NULA

GRAFICA N. 4

ACTIVIDADES DEL MEDICO FAMILIAR EN LAS AREAS ESPECIFICAS DE SU
CAMPO DE ACCION

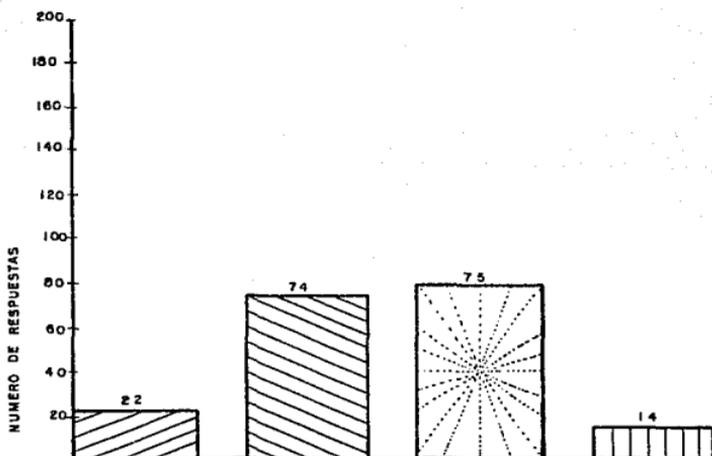


FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS



GRÁFICA No. 5

TRASCENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DEL MEDICO FAMILIAR PARA EL , SU FAMILIA
Y LA SOCIEDAD



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

 TOTALMENTE

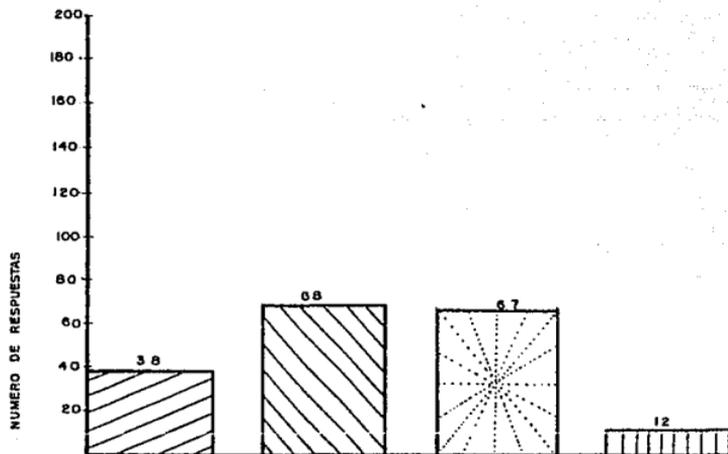
 CON DEFICIENCIA

 EN SU MAYORIA

 EN FORMA NULA

GRAFICA N. 6

EXPECTATIVAS ACTUALES DE LOS MEDICOS FAMILIARES

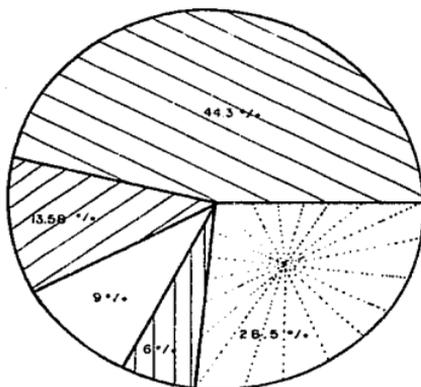


FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

 TOTALMENTE CON DEFICIENCIA EN SU MAYORIA EN FORMA NULA

GRAFICA N.º 7

PORCENTAJE TOTAL DE RESPUESTAS DE LOS MEDICOS FAMILIARES
EGRESADOS DE LA " CLINICA ORIENTE "

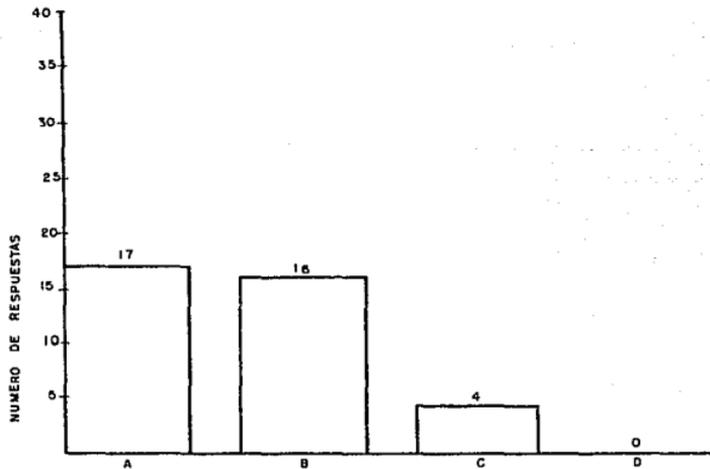


FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS



GRAFICA No. 8

PROGRESION DE LAS EXPECTATIVAS PROFESIONALES DE LOS MEDICOS FAMILIARES



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

A TOTALMENTE

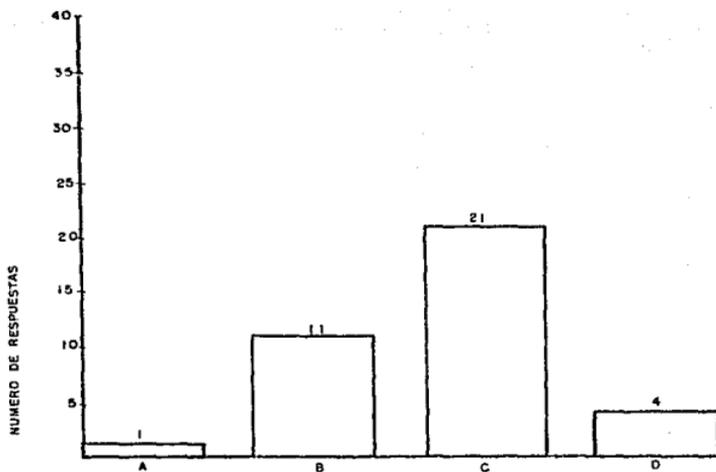
C CON DEFICIENCIA

B EN SU MAYORIA

D EN FORMA NULA

GRAFICA No. 9

ACTIVIDADES ASISTENCIALES DE ALTA CALIDAD QUE OFRECE EL MEDICO FAMILIAR



FUENTE CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

A TOTALMENTE

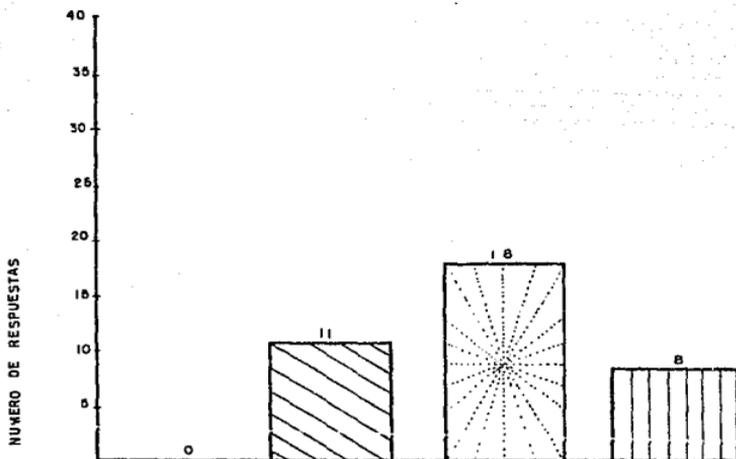
C CON DEFICIENCIA

B EN SU MAYORIA

D EN FORMA NULA

GRAFICA No. 10

LA SOCIEDAD DE MEXICO VE AL MEDICO FAMILIAR COMO ESPECIALISTA

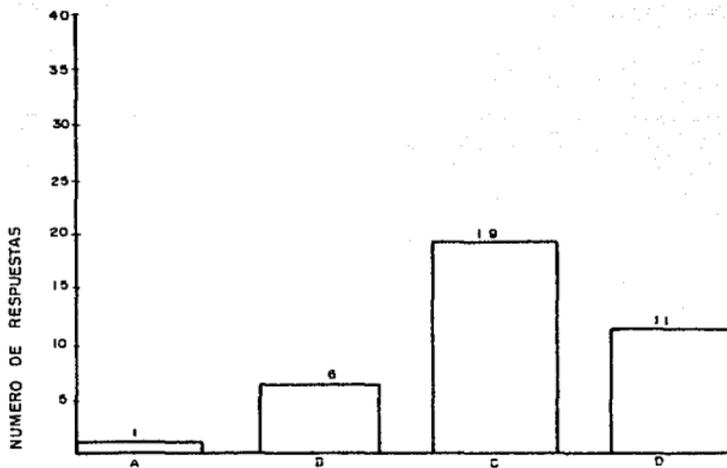


FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

 TOTALMENTE CON DEFICIENCIA EN SU MAYORIA EN FORMA NULA

GRAFICA No. 11

REMUNERACION ECONOMICA DEL MEDICO FAMILIAR



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

A TOTALMENTE

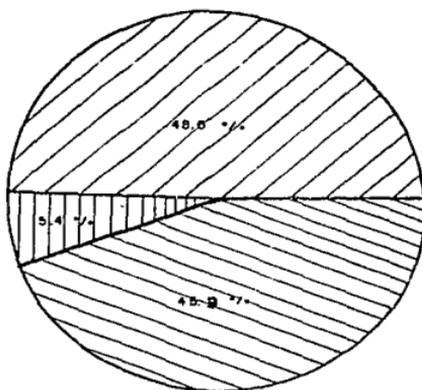
C CON DEFICIENCIA

B EN SU MAYORIA

D EN FORMA NULA

GRAFICA No. 12

REVISIÓN DEL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD

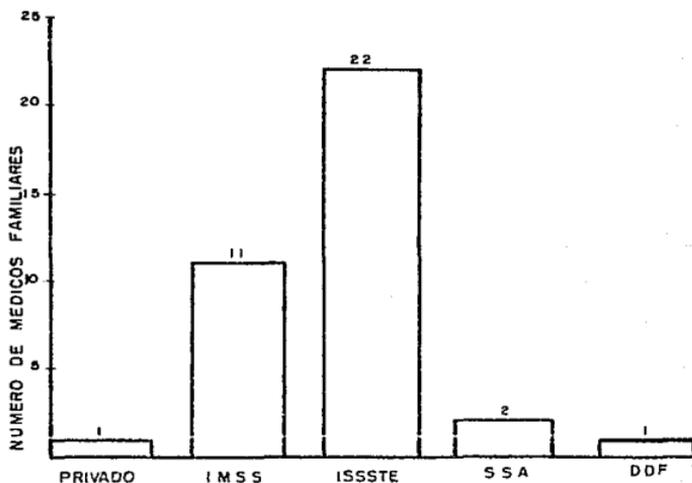


FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

 TOTALMENTE CON DEFICIENCIA EN SU MAYORÍA EN FORMA NULA

GRAFICA No. 13

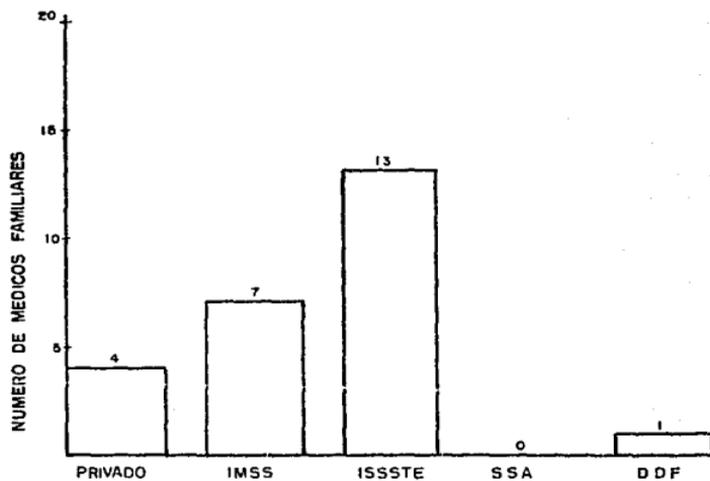
INSTITUCIONES DONDE LABORAN LOS MEDICOS FAMILIARES ENTREVISTADOS



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

GRAFICA No. 14

MEDICOS FAMILIARES QUE LABORAN EN DOS O MAS INSTITUCIONES



FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 1 : CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD

RESPUESTAS	NUMERO	%
AFIRMATIVAS	125	67.57
NEGATIVAS	60	32.43
TOTAL	185	100.00

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 2: APLICACION DE CONOCIMIENTOS DEL MEDICO FAMILIAR A
NIVEL ASISTENCIAL

RESPUESTAS	NUMERO	%
AFIRMATIVAS	135	72.98
NEGATIVAS	50	27.02
TOTAL	185	100.00

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 3: ACTIVIDADES EN LOS NIVELES DE PREVENCIÓN POR EL
MÉDICO FAMILIAR

RESPUESTAS	NUMERO	%
AFIRMATIVAS	147	79.46
NEGATIVAS	38	20.54
TOTAL	185	100.00

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 4: ACTIVIDADES DEL MÉDICO FAMILIAR EN LAS AREAS
ESPECIFICAS DE SU CAMPO DE ACCION

RESPUESTAS	NUMERO	%
AFIRMATIVAS	86	46.49
NEGATIVAS	99	53.51
TOTAL	185	100.00

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**TABLA 5 : TRASCENDENCIA DE LAS ACTIVIDADES DEL MEDICO FAMILIAR
PARA EL, SU FAMILIA Y LA SOCIEDAD**

RESPUESTAS	NUMERO	%
AFIRMATIVAS	96	51.89
NEGATIVAS	89	48.11
TOTAL	185	100.00

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 6 : EXPECTATIVAS ACTUALES DE LOS MEDICOS FAMILIARES

RESPUESTAS	NUMERO	%
AFIRMATIVAS	106	57.30
NEGATIVAS	79	42.70
TOTAL	185	100.00

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**TABLA 7 : PROGRESION DE LAS EXPECTATIVAS PROFESIONALES DE
LOS MEDICOS FAMILIARES**

RESPUESTAS	EGRESADOS	%
POSITIVAS	33	89.19
NEGATIVAS	4	10.81
TOTAL	37	100.00

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

**TABLA 8 : ACTIVIDADES ASISTENCIALES DE ALTA CALIDAD QUE
OFRECE EL MEDICO FAMILIAR**

RESPUESTAS	EGRESADOS	%
POSITIVAS	12	32.43
NEGATIVAS	25	67.57
TOTAL	37	100.00

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 9 : LA SOCIEDAD VE AL MEDICO FAMILIAR COMO ESPECIALISTA

RESPUESTAS	EGRESADOS	%
POSITIVAS	11	29.73
NEGATIVAS	26	70.27
TOTAL	37	100.00

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 10: REMUNERACION ECONOMICA DEL MEDICO FAMILIAR

RESPUESTAS	EGRESADOS	%
POSITIVAS	7	18.92
NEGATIVAS	30	81.08
TOTAL	37	100.00

FUENTE : CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 11: REVISION DEL PROGRAMA DE LA ESPECIALIDAD

RESPUESTAS	EGRESADOS	%
POSITIVAS	35	94.59
NEGATIVAS	2	5.41
TOTAL	37	100.00

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

TABLA 12: NUMERO DE INSTITUCIONES EN QUE LABORAN
LOS EGRESADOS

LABORAN EN	NUMERO	%
UNA INSTITUCION	15	40.54
DOS INSTITUCIONES	22	59.46
TOTAL	37	100.00

FUENTE: CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS